DE N.o 253.

L'UTILITÉ DE L'AUSCULTATION,

ET

DE LA PERCUSSION DANS LE DIAGNOSTIC DE QUELQUES MALADIES DE LA POITRINE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 5 novembre 1829, *pour obtenir le grade de Docteur en médecine;*

PAR JOAQUIM-VICENTE DE TORRES-HOMEM, de Campos, (Brésil),

Bachelier ès-lettres et ès-sciences.

A PARIS,
DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,
Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1829.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRÉ-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL, *Suppléant.*
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Examinateur.* ROUX, *Examinateur.*
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. *Président.* LANDRÉ-BEAUVAIS. RECAMIER, *Examinateur.*
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER. DUBOIS. DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DÉNEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs.
Baudelocque, *Examinateur.*	Devergie.
Bayle, *Examinateur.*	Dubled.
Berard, *Suppléant.*	Dubois.
Blandin.	Gerdy.
Bouillaud.	Gibert.
Bouvier.	Hatin.
Briquet.	Lisfranc.
Brongniart.	Martin Solon.
Cloquet.	Piorry.
Cottereau.	Rochoux.
Dalmas.	Trousseau.
Dance.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions emises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A

MEO PAI E A MINHA MAI.

E A MEO TIO

O ILLmo SENHOR Pe. APOLLINARIO.

Tes temunho de respito, de amor, e de reconhecimento.

J.-V. DE TORRES-HOMEM.

A

MONSIEUR ISID. BOURDON,

Membre de l'Académie royale de médecine, Auteur de la *Physiologie médicale.*

Témoignage public de ma reconnaissance et de mon inviolable attachement.

J.-V. DE TORRES.

AVANT-PROPOS.

Il est heureusement loin de nous, le temps où *Baglivi* déplorait la difficulté de reconnaître les maladies de la poitrine! Cet illustre médecin ne pouvait effectivement prévoir cette belle découverte de la percussion, que nous devons à la sagacité d'*Avenbrugger*, cette heureuse invention que *Corvisart* a depuis perfectionnée, et de toutes parts popularisée en l'adoptant; il ne pouvait non plus pressentir cette autre et inappréciable découverte de l'auscultation, si consolante pour l'humanité, si honorable pour la médecine française, si encourageante pour quiconque a l'espérance d'inventer, si glorieuse enfin pour *Laennec*, dont elle éternisera la mémoire.

Témoin des résultats de ces deux méthodes, j'ai résolu d'en étudier attentivement tous les secrets, et d'en exposer les heureuses applications dans mon dernier acte probatoire. J'attache un prix infini à répandre, pour ma part,

la connaissance et l'usage de ces précieux procédés dans la province du Brésil, où j'ai reçu le jour, et où je me propose d'exercer bientôt mon art.

Sans doute ce serait ma faute si je remportais de ce pays, que je regretterai toujours, des données imparfaites ou incertaines sur ce qui fait l'objet de cette thèse. Après avoir suivi les cours savans de la plupart des professeurs de cette illustre école, après avoir fréquenté des années entières les principales cliniques des hôpitaux de Paris, la clinique de la Faculté plus assidument encore qu'aucune autre; ayant long-temps reçu des leçons et des conseils de M. *Chomel*, mon maître par choix, celui de tous à qui j'ai voué le plus de reconnaissance et le plus d'attachement, mon ignorance serait impardonnable.

On se tromperait, on me ferait injustice, si l'on concluait du titre de cette thèse et du choix de mon sujet, que je regarde comme insignifians, comme inutiles, tous les symptômes regardés naguères comme suffisans pour caractériser les maladies de la poitrine : loin de là, je mets à leur considération une importance assez grande pour m'être attaché dans ce travail, par malheur trop

imparfait, à les relater le plus exactement qu'il m'a été possible. Mais, tout en reconnaissant leur valeur, tout convaincu que je suis de leur utilité, je ne puis me défendre de dire que ces symptômes, quand ils existent, ont un degré de certitude beaucoup plus grand lorsqu'ils concordent avec les signes fournis par l'auscultation et par la percussion.

Je m'applaudis d'avoir étudié dans cette Faculté fameuse, justement à cette époque si brillante pour la médecine française, où chaque année a été marquée par quelques découvertes utiles autant que mémorables, telles que l'auscultation, la lithotritie, la torsion des artères, dernières et belles inventions à la connaissance et à l'application pratique desquelles je dois à la bonté de M. *Amussat* d'avoir été initié. Cet habile opérateur, je dois le dire, a bien voulu mettre le plus grand zèle à me faire connaître tous ses procédés dans les plus grands détails et de la manière la plus profitable pour mon instruction, en me faisant manœuvrer en sa présence; de sorte qu'il me sera permis, c'est du moins mon espoir, de marcher un jour sur ses traces, quoique loin de ses yeux et privé de ses conseils.

Une dernière chose dont je me féliciterai toute ma vie, c'est d'avoir passé de longs jours, jours trop courts pour mon instruction et mon plaisir, avec un homme comme M. *Isid. Bourdon.*

DE

L'UTILITÉ DE L'AUSCULTATION,

ET

DE LA PERCUSSION DANS LE DIAGNOSTIC DE QUELQUES MALADIES DE LA POITRINE.

BRONCHITE.

Une maladie qui se présente journellement, et qui est d'ordinaire peu grave, peut quelquefois se revêtir de symptômes assez intenses, et en imposer pour d'autres maladies de poitrine dont la gravité est plus grande et le traitement différent. Ainsi la bronchite aiguë, ou catarrhe muqueux aigu, se montre ordinairement d'une manière bénigne; souvent la fièvre est nulle; une simple toux, accompagnée d'un peu de douleur sous le sternum et de quelques crachats, constitue les seuls symptômes de cette maladie. Mais, dans d'autres cas, cette affection offre des symptômes généraux assez forts : on voit alors la fièvre s'allumer, la toux devenir plus forte, la poitrine être le siége de douleurs; on voit enfin survenir de la dyspnée : et, comme l'ensemble de ces symptômes peut se rencontrer dans une pleurésie ou dans une pneumonie, il est difficile d'assigner le siége du mal par la simple observation des symptômes que je viens d'énumérer. Les crachats offrent, dans un grand nombre de cas, des caractères tranchés, et par leur quantité et par leur aspect; mais outre l'ab-

sence de l'expectoration dans la première période de cette affection, les crachats de quelques pneumoniques et de quelques pleurétiques sont à peine différens de ceux du catarrhe, lorsque les crachats caractéristiques de ces dernières maladies ne se montrent pas. Si, dans cette circonstance, on examine la poitrine à l'aide de l'auscultation et de la percussion, on arrivera, dans la majorité des cas, à des résultats satisfaisans et capables de faire connaître la maladie.

Signes.

La poitrine d'un individu affecté d'un catarrhe rend un son clair dans toute son étendue, excepté là où il est un peu obscur dans l'état naturel. Le résultat de l'auscultation est différent, selon que le catarrhe est sec ou humide. Lorsqu'il est à sa première période, que la sécrétion muqueuse est nulle ou très-peu abondante, l'auscultation fait entendre un râle sonore et grave, quelquefois sibilant, et l'intensité de ce râle est en raison directe de la tuméfaction de la muqueuse bronchique; de plus, ce râle peut donner la sensation d'un bruit semblable à celui qui résulte d'un coup d'archet sur une corde de violoncelle. Lorsque la sécrétion s'établit et qu'elle devient plus considérable, les différens râles dont je viens de parler plus haut se changent en râles muqueux. Il faut ajouter, pour l'éclaircissement du diagnostic, que quelquefois des mucosités obstruent les rameaux bronchiques, et que la respiration devient imperceptible dans quelques endroits; mais en faisant tousser le malade, la respiration redevient manifeste, et l'on reconnaît bientôt la cause d'un semblable phénomène. Quand même l'absence du bruit respiratoire persisterait (ce qui n'arrive presque jamais), le son clair qu'on obtient dans le même endroit éloignera l'idée d'un épanchement pleurétique. Le catarrhe peut diminuer d'intensité et disparaître même complètement, mais telle n'est pas toujours sa terminaison; il passe souvent à l'état chronique, et il présente alors (mais la chose n'est pas constante) un certain nombre de symptômes et une marche

telle, qu'il est impossible de le distinguer de la phthisie sans le secours de la percussion et de l'auscultation. On trouve dans l'ouvrage de *Bayle*, sur la phthisie, des observations où cette distinction ne fut faite qu'après la mort, et M. *Andral* cite dans son ouvrage l'observation (obs. 1re) d'un individu qui, affecté d'une bronchite chronique, présenta tous les symptômes de la phthisie; cependant l'auscultation ne faisait entendre qu'un râle muqueux, et la poitrine résonnait bien dans toute son étendue.

Je sais qu'une dilatation considérable d'une des bronches existant en même temps qu'une bronchite chronique, peut donner lieu à certains signes propres à la phthisie (1), et faire ainsi croire à l'existence d'une excavation; mais, indépendamment de ce que ces cas sont très-rares, l'erreur pourrait être évitée, si l'on faisait attention que la pectoriloquie n'est pas le seul signe de l'existence d'une excavation. Or, dans l'observation rapportée par M. *Andral*, il n'existait ni respiration caverneuse ni gargouillement, et en outre le malade ne fut ausculté qu'une seule fois. Cependant M. *Louis* rapporte une observation (obs. 11) où tous ces signes furent entendus, et cet habile observateur s'est trompé en prenant pour une caverne une simple dilatation des bronches. J'ai dit que le catarrhe chronique peut en imposer quelquefois pour une phthisie. En effet, les crachats d'un individu atteint d'une bronchite chronique, au lieu de ressembler à ceux du catarrhe aigu, sont quelquefois moins visqueux, plus opaques et presque puriformes; ils peuvent devenir même pelotonnés comme ceux de la phthisie, d'autres fois ils sont si abondans, qu'on pourrait croire qu'une vomique s'est ouverte dans les bronches. A cette sécrétion considérable se joint bientôt une fièvre lente, l'embonpoint diminue, la maigreur lui succède peu à peu, la diarrhée se déclare, et cependant le malade n'est point phthisique.

---

(1) M. *Andral*, obs. 9.

REMARQUE.

Quant aux signes fournis par l'auscultation et par la percussion, ils sont les mêmes que ceux qui existent dans la bronchite aiguë à sa seconde période, lorsque la sécrétion est très-abondante.

Il est arrivé plus d'une fois de confondre non-seulement le catarrhe chronique avec la phthisie, mais on a été jusqu'à confondre la phthisie avec d'autres maladies qui n'avaient point leur siége dans la cavité thoracique. On trouve dans l'ouvrage de *Physiologie comparée* de mon estimable et savant ami M. *Isid. Bourdon*, une observation de ce genre. Un enfant, âgé de dix ans, perdait tous les jours de son embonpoint, ses chairs devenaient molles, sa couleur pâle; la toux était fréquente, son amaigrissement était déjà avancé, la diarrhée existait depuis quelques jours, quand un médecin le déclara phthisique : ce diagnostic jeta le désespoir dans sa famille; cependant elle désira que l'enfant prît du lichen, soit à cause de la confiance qu'elle avait dans ce remède, soit d'après les conseils d'autres personnes ; ce remède fut donc administré, une grande quantité de vers fut rendue, la toux cessa, l'embonpoint revint, la diarrhée disparut, et tout rentra dans l'ordre naturel.

Phthisie.

Il existe beaucoup de pays où l'on regarde encore aujourd'hui la phthisie comme contagieuse : à peine un malade est-il déclaré phthisique, qu'on l'isole de ses proches et qu'on le séquestre. On le soumet à une sorte de quarantaine qui ne doit finir qu'à la mort; on ne touche qu'avec crainte aux objets dont il a fait usage. Si le malade est un enfant, on le sépare de ses camarades, et la tristesse où le condamne un isolement aussi cruel peut aller jusqu'à produire la phthisie, dont on l'avait cru atteint par erreur.

Il serait facile de reconnaître cette terrible maladie, si son existence se révélait toujours par ses symptômes habituels; mais on sait, d'une part, qu'il peut exister des tubercules déjà réunis dans le sommet du poumon sans qu'il y ait ni fièvre, ni dyspnée, ni sueurs ni diarrhée; et que, d'une autre part, le désordre peut être très-avancé, et l'état du malade éloigner l'idée de l'existence d'une caverne dans les poumons. M. *Louis* cite plusieurs cas où les principaux symptômes de la phthisie ont manqué. L'individu qui fait l'objet de l'observation deuxième de cet auteur n'avait eu d'hémoptysie que huit jours avant son entrée à l'hôpital; la diarrhée avait été presque nulle, et le jour de son admission la toux était très-peu fréquente, les crachats étaient couleur d'acajou et les selles régulières; cependant le désordre était déjà très-avancé. L'hémoptysie, qui est regardée par M. *Louis* comme un signe propre à faire soupçonner l'existence des tubercules, avait manqué chez la malade de la troisième observation, et chez bien d'autres individus observés par le même auteur. De plus, cette femme n'avait jamais sué et le jour où le médecin la vit la toux était peu forte, les crachats insignifians, la diarrhée nulle, et cependant l'auscultation fit reconnaître à cette époque une caverne dans le poumon droit.

Il serait trop long de citer d'autres observations semblables rapportées par ce même auteur. J'ajouterai seulement que M. *Louis* constata plusieurs fois, par l'auscultation et par la percussion, l'existence d'une excavation tuberculeuse chez des malades où il manquait quelques symptômes principaux. Je citerai à cet égard un cas remarquable, que j'ai observé à la clinique de M. *Chomel*. Un serrurier, âgé de quarante-cinq ans, et dont la constitution était faible, ayant joui d'une bonne santé dès son enfance, fut pris en 1824 d'un mal de gorge accompagné d'une extinction de voix : au bout de quelque temps le mal cessa, mais la voix resta toujours altérée. Six mois après, il survint de l'oppression, ce qui l'obligea à entrer à l'hôpi-

tal Cochin, où il séjourna six mois sans éprouver aucun soulagement. Entré à la Charité le 5 janvier 1828, il offrait l'état suivant : sa voix était éteinte, son cœur battait avec force, la respiration était gênée, le son était obscur sous la clavicule gauche, on y entendait un sifflement au moment de l'inspiration, et il existait dans le même endroit du gargouillement. Les crachats étaient abondans et semblables à ceux qu'on observe dans un simple catarrhe. Le malade avait eu une seule hémoptysie très-peu abondante; mais il n'avait alors ni sueurs, ni diarrhée ni fièvre, et il affirma n'avoir pas maigri. Cet état persista quelques jours, et le malade sortit de l'hôpital malgré les conseils et les remontrances du professeur. On voit que cette observation est incomplète; cependant elle est curieuse, en ce que l'auscultation faisait reconnaître une altération dans les poumons, sans que cette altération fût révélée par les symptômes ordinaires de la phthisie. S'il faut dire mon sentiment, je crois que cet individu avait une caverne dans le poumon, et que si son séjour dans l'hôpital avait été prolongé, l'autopsie aurait propablement confirmé les résultats indiqués par l'auscultation. Cette conviction a été de ma part d'autant plus grande, que M. *Laennec* dit, dans son ouvrage (p. 60, 1^er^. v.), avoir entendu la pectoriloquie chez des malades qui avaient déjà des cavernes dans les poumons, et dont l'embonpoint et les forces semblaient éloigner toute crainte à cet égard.

Si la phthisie, arrivée à un degré avancé, n'est pas toujours accompagnée de ses symptômes habituels; si quelquefois les principaux même peuvent manquer, combien la difficulté n'est-elle pas plus grande lorsque la maladie est à son commencement ! Dans un grand nombre de cas, il n'existe à cette époque ni maigreur, ni sueurs ni diarrhée; une simple toux, accompagnée de quelques crachats insignifians, la fait à peine soupçonner. L'hémoptysie, qui est considérée comme un signe dépendant de la présence des tubercules dans les poumons, est son caractère le plus important lorsqu'elle existe; mais il s'en faut bien que l'hémoptysie existe tou-

jours (1), et que tous les crachats de sang soient liés à la présence de tubercules pulmonaires. On voit, d'après tout ce qui a été dit, qu'il peut exister, dans un grand nombre de cas, des tubercules dans les poumons sans que leur existence se soit manifestée par aucun symptômes; qu'en outre, la phthisie peut être très-avancée sans être pourtant accompagnée de tous ses symptômes habituels.

Il reste à savoir si la percussion et l'auscultation font toujours connaître l'existence d'une caverne dans le poumon, et si, à l'aide de ces moyens, on arrive à quelques résultats lorsque les tubercules sont encore dans un état de crudité. Je m'empresse de dire que quelquefois l'auscultation et la percussion sont insuffisantes pour démontrer la présence des tubercules quand ils sont disséminés dans le poumon; mais lorsque ces tubercules se trouvent réunis dans le sommet du tissu pulmonaire (ce qui est plus fréquent), alors les moyens dont je viens de parler, fournissent des données utiles. Le son obscur que rend la région sous-claviculaire, la faiblesse de la respiration dans cette même partie, les craquemens humides qu'on entend en appliquant l'oreille dans l'endroit où se passent ces changemens, ces phénomènes, dis-je, quand même ils existeraient seuls, rendent l'existence de la phthisie extrêmement probable; et si la douleur dans le dos et l'hémoptysie se joignent à ces signes, alors la présence des tubercules dans le poumon est certaine.

Lorsque les tubercules se ramollissent, et qu'une caverne se forme dans le sommet du poumon (ce qui a presque toujours lieu), l'auscultation et la percussion la feront aisément connaître. C'est alors que la pectoriloquie, le gargouillement, la respiration caverneuse, le souffle voilé, etc., etc., ne laissent aucun doute sur la

---

(1) Parmi trente-huit individus phthisiques, du sexe masculin, observés par M. *Louis*, vingt et un seulement avaient eu des hémoptysies; et sur quarante-deux femmes, trente-six ont présenté ce signe.

nature de la maladie. Cependant ces signes n'existent pas tous en même temps ; quelques-uns peuvent être modifiés par diverses circonstances. Ainsi lorsqu'une excavation tuberculeuse est tout à fait vide, le râle caverneux ne s'entend plus; mais la toux, la respiration caverneuse, et la pectoriloquie, qui devient alors évidente, sont autant de signes capables de donner une grande certitude au diagnostic. La pectoriloquie peut subir plusieurs modifications, d'après l'épaisseur des parois de la caverne, d'après les dimensions et la profondeur de cette cavité, et d'après beaucoup d'autres circonstances. Si la pectoriloquie cesse de se faire entendre à cause d'une communication de la caverne avec la plèvre, les signes du pneumothorax en feront connaître la cause. Si l'absence de la pectoriloquie est due à la grandeur de l'excavation, la respiration caverneuse qui la remplace n'est pas moins caractéristique. Enfin si la pectoriloquie est imparfaite à cause d'une petite quantité de liquide qui se trouve dans la caverne, le tintement métallique qui peut alors exister est un signe non moins certain de l'existence d'une excavation dans le tissu pulmonaire. Il arrive quelquefois qu'on trouve des malades chez qui la respiration est peu gênée, quoiqu'ils soient phthisiques, et qui sont pris tout à coup d'une dyspnée alarmante. Il faut se rendre compte de ce phénomène presque toujours mortel : il faut savoir qu'il est dû à la rupture d'un tubercule dans la plèvre. Or, dans un grand nombre de cas, rien ne peut indiquer cette complication, si ce n'est l'auscultation et la percussion. M. *Louis* donne beaucoup d'importance à la douleur qui, selon lui, accompagne ordinairement cette perforation; mais cette douleur peut manquer, elle peut être peu vive, et le malade peut la confondre avec ses souffrances habituelles. Enfin il peut survenir dans le cours d'une phthisie une douleur pleurétique accompagnée de dyspnée, sans que cette douleur soit pourtant liée à la rupture d'une vomique dans la cavité de la plèvre. Le son plus clair que d'habitude dans le côté affecté, le tintement métallique, tels sont les principaux signes qui se rattachent au pneumothorax.

Il existe d'autres complications qui accompagnent presque constamment la phthisie; ces complications sont d'autant plus importantes à bien connaître, qu'elles peuvent être combattues et arrêtées dans leur marche, et qu'en les combattant on fait disparaître des accidens qui sont quelquefois plus graves et plus pénibles pour le malade que ceux qui dépendent de la phthisie.

La pneumonie qui se montre souvent dans le cours d'une phthisie étant abandonnée à elle-même, abrège les jours du malade; et s'il est d'observation qu'une pneumonie une fois développée peut rendre plus rapide la marche des tubercules, combien n'est-il pas utile de connaître cette complication pour en arrêter les graves et dangereux effets!

Il est quelquefois difficile de diagnostiquer certaines maladies dans leur état de simplicité, soit à cause de l'absence de certains symptômes qui leur sont habituels, soit parce que ces symptômes sont communs à d'autres affections; mais la difficulté devient beaucoup plus grande encore lorsqu'une maladie en vient compliquer une autre déjà existante.

La pneumonie qui survient dans le cours d'une phthisie en est une preuve : si quelquefois les crachats prennent un peu de viscosité, si la dyspnée devient plus considérable; dans d'autres cas rien n'indique cette complication, à cause de l'état de faiblesse dans lequel se trouve le malade. Lorsque l'inflammation attaque le tissu pulmonaire dont les tubercules sont environnés, il est quelquefois difficile de la reconnaître à l'aide de l'auscultation et de la percussion; car les divers râles qui ont leur siége, soit dans les bronches, soit dans les cavernes, peuvent masquer les phénomènes qui sont propres à l'auscultation, et l'agglomération des tubercules dans l'endroit enflammé peut rendre douteux les résultats de la percussion. Mais lorsque l'inflammation attaque une surface plus grande, il n'est pas difficile de la reconnaître par les moyens stéthoscopiques, indépendamment des symptômes principaux, qui manquent très-souvent dans ces circonstances.

Le poumon n'est pas le seul organe qui puisse être affecté dans le cours de la phthisie.

La formation d'un épanchement dans la plèvre, chez les pthisiques, est toujours accompagnée d'accidens graves. Par cet épanchement se trouvent tout à coup comprimées, et par suite rendues inutiles les portions de poumons qui étaient encore restées perméables à l'air. Comment donc pourra-t-on reconnaître toujours cet épanchement? Par la douleur? Elle a manqué chez quelques malades observés par M. *Louis*, lesquels ont présenté cette complication. Par la dyspnée? Moins encore, car les phthisiques ont la respiration gênée, et la gêne qui survient dans cette fonction peut-être due à d'autres causes: il ne reste donc que l'auscultation et la percussion pour nous apprendre l'existence de cette complication.

Pneumonie.

La pneumonie est une des maladies qu'on observe le plus fréquemment. Elle se développe à tout âge, dans tout pays, sous l'influence du froid ainsi que de la chaleur: elle survient aussi très-fréquemment dans le cours d'autres affections. Il a donc fallu que cette maladie fût bien étudiée, que ses symptômes fussent bien appréciés, pour qu'il fût possible de la reconnaître partout où elle existait, et pour ne la jamais confondre avec toute autre affection de la cavité thoracique. Malgré les efforts des anciens médecins, nonobstant leur habileté, la pneumonie n'a jamais été si bien connue ni si bien décrite que dans ces derniers temps, dès que l'emploi de l'auscultation et de la percussion fut répandu parmi les médecins.

L'inflammation du parenchyme pulmonaire est aujourd'hui une des maladies les mieux connues; dans un grand nombre de cas le diagnostic en est facile, je veux dire lorsqu'elle est accompagnée d'un certain nombre de symptômes. Mais comme elle peut exister sans être accompagnée de tous les symptômes qui la caractérisent, et même ne révéler son existence par aucun symptôme, la pneumonie est

alors d'un diagnostic difficile. Lorsqu'elle survient dans le cours d'une fièvre adynamique, ou d'une maladie quelconque qui a déjà affaibli le malade, alors rien n'indique sûrement son existence. C'est pour ces différens cas que l'inventeur du stéthoscope a rendu des services immenses à la science; et aujourd'hui on peut, indépendamment des symptômes, ce qui n'arrivait pas il y a vingt ans, on peut, dis-je, dans la grande majorité des cas, reconnaître l'inflammation du poumon assez tôt pour en arrêter la marche et les progrès. On peut la distinguer d'une autre affection de poitrine; on peut connaître l'étendue et le degré de l'altération, et en conséquence modifier les moyens thérapeutiques; on peut enfin suivre sa marche, et changer le traitement selon qu'elle augmente ou diminue d'intensité, selon qu'elle s'étend à un plus grand espace ou qu'elle se resserre dans de plus étroites limites.

Une douleur dans la poitrine, de la dyspnée, de la fièvre, de la toux, et des crachats visqueux et sanguinolens, tels sont les symptômes qui accompagnent ordinairement la pneumonie. Le diagnostic dans ce cas en est facile; car les crachats dits pneumoniques sont si caractéristiques, qu'eux seuls suffiraient pour faire reconnaître cette affection. Mais la douleur a lieu dans beaucoup de maladies qui ont leur siège soit à l'intérieur, soit à l'extérieur de la poitrine: elle peut être très-faible, elle peut même avoir disparu. D'ailleurs comment pourra-t-on obtenir la connaissance de ce signe chez les enfans, et chez les malades qui sont en délire? J'ajouterai à cela que M. *Andral* cite des observations où la douleur a manqué complètement (Obs. 3, 4 et 9).

J'en dirai autant de la dyspnée et de la fièvre: une affection autre que la pneumonie peut donner lieu à ces symptômes, et le même auteur que je viens de citer plus haut rapporte des cas (obs. 12 et 35) où la dyspnée était très-peu considérable, encore que le poumon se trouvât hépatisé. La pneumonie peut affecter des vieillards dont la respiration était déjà gênée, et dans ce cas il est difficile de distinguer si la dyspnée dépend d'une affection inflammatoire. Il suffit, en

un mot, que ce symptôme soit commun à toutes les affections de poitrine, pour que le médecin se tienne en garde contre l'inconstance et l'incertitude d'un semblable signe.

Je dois ajouter que quelquefois l'auscultation apprend que l'inflammation est très-bornée, tandis que la dyspnée est très-considérable ; et alors combien ne serait-il pas facile de s'en laisser imposer sur l'étendue et les progrès du mal, si l'on n'était guidé par l'auscultation !

La fièvre accompagne presque toutes les inflammations aiguës : en outre, combien l'influence du sexe, de l'âge, du tempérament, du pays, etc., ne modifie-t-elle pas l'état du pouls ? Ne voit-on pas tous les jours des pneumoniques dont le pouls, concentré, ne bat que cinquante ou soixante fois par minute ; et qui, après une saignée, l'ont beaucoup plus fréquent et en rapport avec l'inflammation. Un homme, âgé de vingt-six ans, entra à la Clinique de M. *Chomel*, le 15 février 1828 : sa respiration était gênée, sa faiblesse considérable : il avait eu plusieurs vomissemens avant son entrée à l'hôpital ; il n'existait pas de crachats dans le vase destiné à les recevoir ; le malade avait des syncopes, et son pouls était d'une faiblesse telle, que la saignée aurait paru contr'indiquée, si de semblables cas ne se fussent déjà présentés à cet habile praticien, et si la crépitation, fort étendue, qui existait dans le côté droit de la poitrine, n'avait réclamé impérieusement cette saignée : on tira six onces de sang, alors le pouls se releva, la faiblesse apparente diminua, et tout rentra dans l'ordre.

Le pouls, chez des personnes nerveuses, et surtout chez des femmes, devient quelquefois très-fréquent, tandis que l'auscultation fait connaître une inflammation très-légère et très-bornée D'autres fois, l'inflammation du poumon est très-étendue, et le pouls est à peine fréquent, ainsi que M. *Andral* en a cité une observation (obs. 7). Il peut arriver que la pneumonie disparaisse presque complètement, tandis que le pouls conserve néanmoins quelque fréquence; qu'enfin, dans d'autres cas, la fièvre et la dyspnée se dissipent totalement, et que cependant l'aus-

cultation fasse encore entendre un reste de crépitation, ce qui indique que l'inflammation n'est pas encore complètement éteinte.

Ce dernier cas est d'autant plus important à connaître, qu'une erreur de la part du médecin exposerait le malade à une récidive ou à d'autres accidens. Enfin la fièvre peut n'avoir rien perdu de son intensité, quoique la pneumonie soit en voie de résolution ; et cela arrive lorsqu'il y a complication d'une pneumonie et d'une fièvre qui est due à une autre cause que l'inflammation du poumon.

Les crachats dits *pneumoniques* sont si caractéristiques, qu'il suffit de les avoir vus une fois pour ne se tromper jamais sur le siége de la maladie : leur consistance, leur couleur, offrent des caractères si particuliers, qu'eux seuls suffiraient pour faire connaître l'inflammation du tissu pulmonaire. Mais il n'est pas un seul praticien qui n'ait vu des crachats abondans et muqueux, comme ceux du catarrhe, chez des individus atteints de pneumonie; et nous ne craignons pas de dire que plusieurs pneumonies, même à l'état aigu, ont été méconnues avant que l'usage de l'auscultation et de la percussion fût répandu parmi les praticiens.

Indépendamment des cas que j'ai observés à la Clinique de M. *Chomel*, cas dans lesquels les crachats étaient insignifians, M. *Andral* cite, dans son ouvrage sur les maladies de poitrine, plusieurs observations où les crachats n'offraient rien d'important pour le diagnostic; et cependant l'auscultation fit entendre, chez tous ces malades, un râle crépitant très-prononcé.

Et d'ailleurs, la faiblesse peut devenir si grande, que les crachats rouillés, tout formés qu'ils seraient déjà dans les bronches, ne puissent être expectorés par les malades ; et dès-lors comment reconnaîtrait-on la pneumonie au moyen des crachats? J'ajoute que le délire, dont l'inflammation du poumon est quelquefois accompagnée, empêche qu'on ne puisse apprécier les crachats : les malades alors expectorant à l'aventure sur leurs lits et sur tout ce qui les entoure.

A cette occasion, je me souviens d'un portier qui, atteint d'une pneumonie accompagnée de délire, fut conduit à la Clinique de

M. *Chomel :* on lui mit immédiatement la camisole ; le lendemain, à l'heure de la visite, il n'existait pas de crachats dans le vase destiné à les recevoir. Le malade avait craché sur son lit, sa respiration était peu gênée, son pouls était fort et fréquent, le délire avait diminué ; mais une crépitation très-forte se faisait entendre dans le côté gauche de la poitrine, et par là on reconnut sans peine la nature et le siège de la maladie (1).

On sait aussi que plusieurs substances peuvent changer l'aspect des crachats, et que le sang provenant d'une épistaxis peut rendre ce caractère inappréciable. Enfin les crachats pnumoniques n'ont rien de significatif, ni dans la pneumonie qui débute, ni dans celle qui a passé à l'état chronique.

Maintenant, et avant d'exposer brièvement les signes fournis par l'auscultation et la percussion, il faut se demander si, uniquement à l'aide de ces moyens, on peut toujours connaître l'inflammation pulmonaire.

Il est si naturel d'ajouter foi aux opinions des grands maîtres, de ceux qui se sont illustrés par leurs travaux et par une pratique longue et heureuse, que j'étais persuadé, en lisant l'ouvrage de *Laennec*, qu'on devait toujours entendre la crépitation dans la première période de la pneumonie ; cette persuasion était d'autant plus grande, que l'auscultation m'avait fourni des signes pathognomoniques chez les trois premiers malades que j'ai observés à la Clinique de M. *Chomel.* Mais il se présenta au mois de mars 1827, dans la salle Saint-Jean, un boulanger, qui se plaignait d'une douleur de poitrine dont il était atteint depuis la veille : sa respiration était gênée, son pouls fréquent ; les crachats étaient peu nombreux, visqueux, rouillés et adhérens au vase ; mais l'auscultation, pratiquée avec tout le soin possible par M. *Chomel*, par M. *La Garde* (aide de Clinique), et par

(1) On donna du vin à ce malade, à cause de l'habitude qu'il avait contractée d'en prendre outre mesure, au point de s'énivrer presque tous les jours : tant il est vrai qu'il faut respecter les habitudes, même dans l'état de maladie.

moi, n'a fourni aucun bruit particulier : la poitrine rendait un son clair. L'inflammation fit des progrès chez ce malade, nonobstant de fortes émissions sanguines, et la crépitation fut entendue au troisième jour, lorsque l'inflammation gagna la surface. Un autre cas semblable s'est présenté depuis à mon observation; seulement ce dernier malade guérit sans que la crépitation se soit fait entendre. Alors je n'ai été nullement surpris de trouver dans l'ouvrage de M. *Andral* des observations de pneumonie où l'auscultation et la percussion n'avaient rien présenté d'important.

On doit donc conclure de ces faits que, dans un petit nombre de cas, les crachats indiquent une pneumonie, tandis que l'aucultation ne fait découvrir aucune crépitation (1); mais, heureusement pour la sûreté du diagnostic, les crachats étaient pathognomoniques chez les sept malades observés par M. *Andral*, et chez les deux que j'ai moi-même observés.

En supposant la pneumonie connue, comment pourrait-on reconnaître quel est l'endroit du poumon qui est enflammé, quel est le degré de l'inflammation, et quelle est sa marche, si ce n'est à l'aide de l'auscultation et de la percussion? La connaissance de ce que je viens de dire est pourtant très-importante; car c'est elle qui guide le médecin dans le traitement, dans le choix des moyens thérapeutiques et même dans le prognostic. En parcourant les différens symptômes qui accompagnent la pneumonie, j'ai fait voir que le poumon peut être enflammé dans une grande étendue, et même être déjà hépatisé, tandis que la respiration est à peine gênée, et *vice versâ;* que la pneumonie peut être très-limitée et légère, et la respiration pourtant laborieuse : la dyspnée donc ne suffit pas pour faire connaître le degré et l'étendue de l'inflammation. Les crachats changent ordinaire-

---

(1) Ces cas sont rares, car sur quarante-six observations de pneumonies simples, rapportées par M. *Andral*, sept n'ont rien fourni de particulier sous le rapport de l'auscultation et de la percussion; et sur quatorze pneumonies que j'ai observées, deux seulement se sont trouvées dans ce cas.

ment d'aspect et de consistance lorsque la pneumonie passe à l'état d'hépatisation ; ils peuvent même manquer et se supprimer. Ajoutons à cela que M. *Andral* rapporte des observations (obs. 39 et 40) où les crachats avaient la couleur de jus de pruneaux, et cependant l'inflammation était au deuxième degré.

Il n'est pas indifférent pour le prognostic de savoir quel est l'endroit du poumon enflammé; puisque l'observation démontre que, toutes choses égales d'ailleurs, la pneumonie est d'autant plus dangereuse qu'elle a son siége dans le sommet du poumon. Or, il n'est jamais facile de juger, soit par l'intensité des symptômes, soit par leur changement, si c'est le sommet ou la base du poumon qui est enflammé. Il semble que la respiration devient plus gênée quand c'est au sommet; cependant M. *Andral* dit (p. 520, t. 1^er^.) avoir vu des cas où la dyspnée était peu intense, l'inflammation occupant le sommet du poumon. Si, dans l'incertitude où l'on est, on a recours à l'auscultation et à la percussion, on saura alors quel est le siége, le degré et l'étendue de la pneumonie.

Signes de la pneumonie.

La crépitation est le signe pathognomonique de l'inflammation du poumon au premier degré. Si le bruit respiratoire prédomine sur le râle crépitant, et si les bulles de ce râle sont très-petites et paraissent peu humides, on en doit conclure que l'inflammation est légère. Si au contraire la crépitation masque le bruit respiratoire, et si les bulles de ce râle paraissent plus humides, cela démontre que l'inflammation fait des progrès et qu'elle tend à passer à l'état d'hépatisation rouge. Avant que cette transition ait lieu, le son de la poitrine est encore clair. Si la maladie tend à se résoudre, le râle crépitant disparaît peu à peu, et dès que l'inflammation s'est entièrement dissipée l'on n'entend plus que la respiration. Ajoutons à cela que, dans quelques cas, tous les symptômes disparaissent, et que cependant on entend une crépitation fine, laquelle est due à l'œdème du tissu cellulaire du pou-

mon : ce cas n'est pas grave, les malades se livrent à leurs occupations sans se sentir incommodés. Lorsque le mal fait des progrès et que l'inflammation passe au deuxième degré, alors la crépitation cesse de se faire entendre, et le son de la poitrine devient mat ; en même temps que le poumon devient imperméable, on entend l'air s'arrêter dans les bronches : c'est la respiration bronchique. Ce dernier signe est très-important à connaître, car il fait distinguer la pneumonie au deuxième degré d'avec un épanchement considérable existant dans la plèvre. Si à cette époque on fait parler le malade, on entend la voix résonner avec force, sans avoir pourtant les caractères de l'égophonie; cette résonnance particulière de la voix a reçu le nom de *bronchophonie*. La pneumonie arrivée à ce point peut diminuer d'intensité et se terminer d'une manière heureuse ; alors la matité du son devient moindre, la crépitation revient, et on finit par entendre le bruit respiratoire sans mélange de râle crépitant. Si au contraire l'hépatisation rouge passe à l'état d'hépathisation grise, la matité du son persiste, ainsi que la bronchophonie et la respiration bronchique. Lorsque l'hépatisation grise a lieu, lorsque le pus est disséminé dans le poumon, existe-t-il un signe à l'aide duquel on puisse reconnaître cette suppuration? M. *Andral* pense que des crachats noirâtres, couleur de jus de pruneaux, sont un indice certain de la présence du pus dans le poumon; mais comme le même auteur rapporte des observations où les crachats ont présenté cette couleur sans que la pneumonie fût à ce troisième degré ; comme, en outre, M. *Chomel* dit avoir vu des crachats semblables dès le second jour de la maladie (1), époque où il était impossible que le poumon fût en suppuration, on doit conclure que les caractères des crachats ne suffisent pas toujours pour indiquer la présence du pus dans le tissu pulmonaire. Tant que le pus est disséminé dans le poumon, l'auscultation ne peut fournir aucun signe particulier, et le râle muqueux qui existe alors peut provenir d'autres causes.

---

(1) Dictionnaire de médecine, article *Pneumonie*.

Quant aux collections de pus dans un foyer, je crois que ces cas sont rares; et ceux qui ont dit avoir trouvé si souvent cette disposition s'en sont laissé vraisemblablement imposer par ces cavernes artificielles qu'on fait parfois en arrachant les poumons des cavités thoraciques, lacunes si faciles à produire, surtout quand le poumon est dans un état d'hépatisation grise. Cependant *Laennec* dit l'avoir trouvé et reconnu pendant la vie; alors les signes sont les mêmes que ceux qu'on observe quand il existe dans les poumons une caverne due au ramollissement des tubercules. Il est rare que la pneumonie arrivée à ce degré se termine d'une manière favorable, cependant la guérison n'en est pas impossible; et dans ce cas les signes précédens disparaissent peu à peu dans l'ordre de leur apparition, et le bruit respiratoire se fait entendre comme à l'état naturel.

Pleurésie.

L'inflammation de la plèvre a été long-temps confondue avec celle du poumon. Les anciens, imbus de la doctrine d'*Hippocrate*, attribuaient souvent à l'une de ces maladies ce qui appartenait à l'autre; et quelques médecins de la fin du siècle dernier, ayant encore révoqué en doute la possibilité de l'inflammation de la plèvre indépendamment de celle du poumon, ont fait naître des débats qui répandirent de grandes lumières sur cette maladie. Aujourd'hui le problème est résolu: l'on sait que la plèvre peut s'enflammer, le poumon restant sain; et *vice versâ*, que la pneumonie n'est pas toujours accompagnée de pleurésie. Mais il restait une grande lacune dans la science : on manquait d'un moyen sûr pour reconnaître la pleurésie, d'un moyen capable de démontrer son existence dans des cas où ses symptômes habituels n'existent pas; d'un moyen enfin qui la fît sûrement distinguer d'une autre affection de poitrine; et ce moyen fut offert à la science par *Laennec*, lors de la publication de sa belle et immortelle découverte de la méthode de l'auscultation. Un médecin habitué à diagnostiquer une pleurésie d'après la seule existence de la douleur, de la dyspnée,

de la fièvre et de la toux, n'aurait certainement pas évité l'erreur si une pleurésie se fût présentée à son observation sans être accompagnée des symptômes que je viens d'indiquer : en effet, la douleur pongitive, qui est regardée comme un signe propre à cette maladie, offre quelquefois de telles variétés sous le rapport de son siége, de son intensité et de sa durée, qu'on peut être incertain si elle est due plutôt à une pleurodynie qu'à une véritable inflammation pleurétique. M. *Andral* a observé des malades chez qui la douleur changeait de place (obs. 1 et 24); d'autres ont eu des douleurs vagues (obs. 11), qui furent prises pour des douleurs rhumatismales. Et lorsque cette douleur a son siége dans la portion de la plèvre qui tapisse la face supérieure du diaphragme, elle peut en imposer pour une affection abdominale, à cause de son voisinage avec cette cavité. La douleur devient quelquefois si faible, qu'à peine elle se fait sentir dans les grandes inspirations ; de manière qu'elle peut échapper alors à l'attention du médecin. Et si la douleur disparaît complètement en peu de temps, comme cela arrive souvent, le malade se voit quelquefois dans l'impossibilité d'en indiquer le siége et la nature. Enfin on trouve dans les observations rapportées par M. *Broussais*, dans son ouvrage sur les Phlegmasies chroniques, et dans celles de M. *Andral* (obs. 11, 24, 29 et 32), des cas où la douleur avait manqué complètement. La toux qui accompagne d'ordinaire l'inflammation de la plèvre est quelquefois très-faible; elle peut même manquer tout à fait, comme M. *Andral* en cite des exemples ; et le même auteur dit (p. 598) que la toux peut manquer totalement, bien que l'inflammation soit intense et qu'un épanchement considérable existe dans la plèvre. Du reste, on conçoit que l'intensité de cette toux doit être en rapport avec l'irritabilité des malades. S'il est des cas où la maladie suit une marche aiguë, où les symptômes généraux se dissipent avec l'inflammation, il en est d'autres où la toux, la dyspnée et la fièvre disparaissent, tandis qu'un épanchement considérable existe dans la plèvre. Comment donc pourrait-on éviter une erreur funeste, si l'auscultation et la percussion ne nous indiquaient pas l'état de la plèvre ? M. *Andral* rapporte

plusieurs cas de ce genre : entre autres il cite l'observation d'un jeune pharmacien qui ressentit d'abord des douleurs vagues dans la poitrine, lesquelles furent prises pour des douleurs rhumatismales ; quelques temps après, la douleur devint fixe, des sangsues furent appliquées, et quand M. *Andral* vit le malade pour la première fois, il ne se plaignait ni de douleur ni de toux, ni de difficulté de respirer, il se couchait indifféremment sur les deux côtés, et la fièvre était peu forte. Cet état de choses semblait éloigner l'idée d'une maladie grave ; mais tout le côté gauche de la poitrine rendait un son très-mat, la respiration y était nulle, et l'égophonie n'existait pas : c'est alors qu'on reconnut la gravité du mal, qui ne s'était révélée par aucun autre symptôme que par un peu de fièvre. Enfin la fièvre même cessa quelque temps après, et cependant l'auscultation et la percussion annonçaient que l'épanchement n'avait pas diminué. Quelle serait donc, dans ce cas, la conduite d'un médecin étranger à la méthode de l'auscultation et de la percussion ? La réponse ne saurait être indécise ; il regarderait un pareil individu comme guéri, et il serait surpris de voir le malade bientôt après perdre ses forces, ses membres s'infiltrer, la diarrhée survenir, la respiration devenir difficile, la fièvre se déclarer, enfin la mort résulter de son erreur. Mais rien de pareil n'est arrivé au malade que j'ai cité : l'épanchement fut reconnu ; et, à l'aide d'un vésicatoire qui fut appliqué sur la poitrine, le liquide fut complètement résorbé, l'égophonie fut entendue, et tout rentra dans l'ordre physiologique.

Je pourrais joindre à cette observation plusieurs autres faits semblables, que j'ai moi-même observés à la Clinique de M. *Chomel;* mais je ne citerai que le suivant : il entra à la salle Saint-Jean-de-Dieu, au mois de mars 1828, un homme fort et robuste, qui se plaignait d'un mal de tête si violent, qu'il l'empêchait de se livrer à ses occupations accoutumées. A l'heure de la visite il n'accusait aucun autre mal : en effet, il n'existait ni toux, ni fièvre; aucune autre douleur que celle de la tête ne se faisait sentir en aucun lieu, et sa respiration se faisait comme dans l'état naturel : on ne fit usage ni de l'auscultation, ni

de la percussion, et l'on jugea inutile d'y recourir, par la raison que rien du côté de la poitrine n'engageait à user de ces moyens. La céphalalgie seule attira donc l'attention du médecin, et une saignée du pied fut ordonnée. Chargé alors de prendre les observations de tous les malades de ce lit, et étant arrivé ce jour-là un peu plus tard que l'heure de la visite, je me vis dans l'obligation d'adresser quelques questions au malade qui venait d'entrer. Ignorant l'opinion du médecin à son sujet, je dus m'attacher à connaître par moi-même la nature de sa maladie; il me dit, entre autres réponses qu'il fit à mes questions, qu'il avait senti, il y avait deux mois, une douleur dans le côté gauche de la poitrine (circonstance qui a été ignorée du médecin à l'heure de la visite). Dès-lors, je crus nécessaire d'examiner sa poitrine à l'aide de l'auscultation et de la percussion, persuadé, je l'avoue, que je n'y trouverais rien d'anormal; car l'état apparent de santé où je voyais le malade éloignait de moi toute idée d'une maladie de poitrine. Mais à peine eus-je frappé la poitrine, que je fus surpris d'entendre un son complètement mat du côté gauche de cette cavité, tandis que le côté droit résonnait comme dans l'état ordinaire. Ce fut assez pour me faire reconnaître un épanchement, car une pneumonie au second degré aurait produit un désordre considérable dans l'état général du malade; or, rien n'existait de semblable. L'oreille appliquée sur le côté affecté ne faisait entendre aucun bruit respiratoire, et la voix non plus n'offrait rien de particulier : telle était la quantité de liquide épanché ! Je communiquai ma surprise à M. *Chomel;* il vint, reconnut l'état du malade, et dès ce moment le traitement fut dirigé dans ce sens.

On voit, d'après ce que je viens de dire, qu'il s'en faut beaucoup que toutes les pleurésies, même à l'état aigu, soient accompagnées de douleur et de toux, et que cette douleur, lorsqu'elle existe, peut offrir des caractères si variables, qu'on est quelquefois incertain quel en est le siége; et qu'enfin la douleur peut disparaître, la toux cesser, ainsi que la fièvre, alors que cependant un épanchement considéra-

ble existe dans la plèvre. Ajoutons à cela qu'une douleur peut se faire sentir dans la poitrine sans que la plèvre en soit le siége.

Parmi les signes qui ont été indiqués comme propres à faire reconnaître une collection considérable de liquide dans la plèvre, on met au premier rang la persévérance des malades à se coucher sur le côté affecté, l'ampleur accrue du côté qui renferme l'épanchement, et enfin la dyspnée qu'éprouvent les malades lorsqu'ils se livrent à quelques exercices. Il est certain que, dans quelques cas, les malades qui ont un épanchement dans la plèvre respirent difficilement lorsqu'ils marchent ou qu'ils se lèvent de leurs lits. Il est encore d'observation que presque tous les malades se couchent de préférence sur le côté affecté, afin de respirer moins laborieusement; mais il est incontestable aussi, que certains pleurétiques se livrent à des occupations fatigantes sans éprouver de la dyspnée. Il existait, à la salle Saint-Jean-de-Dieu, un individu atteint d'une pleurésie chronique : or, cet homme frottait les salles de l'hôpital, sans que la respiration pour cela devînt pénible. Il est enfin d'observation (et M. *Andral* cite plusieurs faits qui le prouvent), que certains individus se couchent indifféremment sur l'un ou l'autre côté, nonobstant l'épanchement considérable qui existe dans leur poitrine. Quant à l'ampleur accrue d'un des côtés de la poitrine, il est vrai que quelquefois le côté affecté offre une dilatation plus grande, qui devient sensible à la simple vue; mais, dans un grand nombre de cas, il n'est pas possible de distinguer le côté sain d'avec le côté malade, si ce n'est à l'aide de la mensuration. En outre, il y a des individus qui ont le côté droit de la poitrine naturellement plus développé (1); or, si un épanchement

(1) J ai voulu m'assurer si le côté droit de la poitrine était naturellement plus bombé que le côté gauche; et, pour y arriver, j'ai mesuré la poitrine de plusieurs malades qui se trouvaient à la Charité, à la salle Saint-Jean-de-Dieu. J'ai trouvé que cette ampleur, plus grande du côté droit, n'était pas constante, et j'ai cru même trouver deux fois le côté gauche un peu plus grand que le côté droit

existe dans le côté gauche, alors les deux côtés deviendront semblables. D'ailleurs la même difficulté se présenterait encore, si les deux côtés de la poitrine se trouvaient affectés en même temps. Enfin la difformité de la poitrine qui existe chez quelques individus, la pudeur chez les femmes, l'inconvénient qu'il y a quelquefois à faire déshabiller les malades dans la vue de faciliter cet examen, toutes ces circonstances rendent, dans la grande majorité des cas, ce moyen au moins insuffisant; d'autant plus que l'auscultation et la percussion fournissent des résultats beaucoup plus sûrs et plus positifs.

Signes de la pleurésie, fournis par l'auscultation et la percussion.

Lorsque la pleurésie est accompagnée de toux, de douleur, de dyspnée et de fièvre, rien n'est plus facile que de reconnaître cette maladie. Si l'on percute la poitrine dans les premiers instans de l'invasion du mal, c'est-à-dire avant qu'aucun épanchement ne se soit fait, le son reste clair; et l'auscultation n'indique rien, sinon que le bruit respiratoire est plus faible du côté enflammé. Si donc à cette époque la percussion et l'auscultation ne nous apprennent rien, qu'importe, si les symptômes que je viens d'indiquer plus haut suffisent pour caractériser la maladie. Plus tard, la douleur se dissipe, la toux cesse, la dyspnée diminue, la fièvre disparaît; mais est-on sûr que le malade soit guéri? A cela, je réponds que l'auscultation et la percussiou peuvent seules nous l'apprendre. Si, au bout de quelque temps, après quelques heures, il se fait un épanchement, alors le cas est différent, suivant que la quantité du liquide épanché est médiocre ou considérable: si l'épanchement est médiocre, le son de la poitrine devient obscur, la respiration très-faible, et l'égopho-

---

d'au moins deux lignes. On aurait pu attribuer ce phénomène à une ancienne pleurésie, mais les deux malades m'affirmèrent qu'ils n'avaient jamais eu de maladie de poitrine.

nie se fait entendre dans une étendue plus ou moins grande. Si le liquide est absorbé, ces phénomènes disparaissent, et l'on finit par entendre uniquement la respiration. Mais il peut se faire que l'épanchement augmente; et, dans ce cas, le son devient mat; on n'entend plus la respiration que très-faiblement le long de la colonne vertébrale, et, l'égophonie disparaît. Ce cas est grave : cependant, par des moyens thérapeutiques convenables et appliqués à temps, l'épanchement peut diminuer. Alors l'*égophonie reparaît*, la respiration devient perceptible dans les endroits où elle était nulle, la matité du son diminue, et le bruit respiratoire finit par se faire entendre comme dans l'état naturel. Si l'épanchement disparaît avec le temps, il peut arriver que l'espèce d'égophonie, que l'on désigne sous le nom d'*égophonie de retour*, ne reparaisse pas; et ce phénomène est dû à ce que des fausses membranes, qui se forment alors, empêchent d'entendre ce bruit particulier.

Tels sont les phénomènes que l'on observe dans la plupart des cas. Cependant, il faut avouer que les signes dont je viens de parler peuvent manquer lorsque l'inflammation a son siége dans la portion de la plèvre qui tapisse la face supérieure du diaphragme, lorsque, aussi, l'épanchement est très-peu considérable, ou lorsqu'il a son siége entre les scissures des poumons.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

A pleuritide, aut peripneumoniâ detento, alvi profluvium superveniens, malum. *Sect.* 5, *aph.* 16.

II.

Hyeme verò, pleuritides, peripneumoniæ, lethargi, gravedines, raucedines, tusses, dolores pectorum, et lumborum, et capitis dolores, vertigines, apoplexiæ. *Sect.* 3, *aph.* 23.

III.

La langue n'est pas constamment rouge dans la gastrite.

IV.

La langue peut d'ailleurs devenir rouge sans qu'il y ait gastrite.

V.

Lorsque dans une chute sur le périnée l'urètre a été rompu, il est nécessaire de maintenir une sonde à demeure dans ce canal, si l'on veut en prévenir le rétrécissement.

VI.

Il ne faut jamais se borner à faire une seule ligature sur une veine affectée, cela serait insuffisant.